

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACION

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Título de la investigación

“Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar”.

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. HECTOR TONALLI ARCE GURIDI.

29 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



Título de la investigación

“Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar”.

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. HECTOR TONALLI ARCE GURIDI.

Mexicali, B.C. Junio de 2016

[v]

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACION

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Título de la investigación

“Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar”.

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. HECTOR TONALLI ARCE GURIDI.

DIRECTORES DE TESIS Y ASESORES

***DR. LUIS FRANCO AVILES; MEDICO CIRUJANO GENERAL.
INVESTIGADOR PRINCIPAL.***

Mexicali, B.C. Junio de 2016

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



Título de la investigación

“Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar”.

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. HECTOR TONALLI ARCE GURIDI.

DIRECTORES DE TESIS Y ASESORES

DR. LUIS FRANCO AVILES; MEDICO CIRUJANO GENERAL.
INVESTIGADOR PRINCIPAL.

Mexicali, B.C. Junio de 2016

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE ESPECIALIDAD

Mexicali, B. Cfa. a 22 de Febrero de 20 17.

Los abajo firmantes, miembros de Jurado Dictaminador del documento escrito denominado: CASO CLINICO SINDROME DE BOUVERET

que para obtener el Diploma de Especialidad en Cirugía General, presenta:

HECTOR TONALLI ARCE GURIDI

Realizada la evaluación resolvimos: Aprobarlo por Unanimidad.

Sinodal Presidente

Dr. Luis Franco Aviles

Sinodal

Dra. Mabel García Serrano

Sinodal

Dr. Manuel O. Meza Santana

Sinodal

Dr. Flores Amézquita Lenin Bladimir

Sinodal Secretario

Dr. Gabriel Corona Chávez

[x]

DR. CALEB CIENFUEGOS RASCON.
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI.

DR. EDUARDO VERTIZ CORDERO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. MANUEL MEZA SANTANA.
JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

DR. ARMANDO RODRIGUEZ CORRAL.
PROFESOR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL.

DR. LUIS FRANCO AVILES
ASESOR DE LA INVESTIGACION.

HECTOR TONALLI ARCE GURIDI.
SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL.

INDICE

	Pagina
Resumen	xiii
Introducción	1
Antecedentes	1
Objetivo	3
Justificación	3
Descripción del caso clínico	3
Aspectos éticos y confidencialidad	4
Discusión del caso	4
Conclusiones	5
Bibliografía	5
Anexos	6
• Índice de ilustraciones	6
• Ilustración 1 – Ultrasonido de hígado y vías biliares	7
• Ilustración 2 – Pieza quirúrgica	8
• Ilustración 3 – Reporte de estudio histopatológico	9
• Artículo Publicado	10

RESUMEN:

TITULO: Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar.

INTRODUCCION: El Síndrome de Bouveret se caracteriza por obstrucción de la salida gástrica, causado por un cálculo del bulbo duodenal, después de pasar a través de una fistula colecistoduodenal.

OBJETIVOS: Existen varias alternativas en el manejo de Síndrome de Bouveret, pero son controversiales. La mayoría de los reportes son aislados con un máximo de cinco casos, y no pueden hacerse conclusiones. El tratamiento debe individualizarse, en ancianos las alternativas son las menos invasivas.

DESCRIPCION DEL CASO: Una mujer de 46 años de edad se presentó con dolor epigástrico intermitente, náusea, vómito y pérdida de peso de 2 meses de duración. No tenía fiebre, deshidratación o ictericia. La paciente admitió uso de alcohol y abuso de metanfetaminas. La amilasa, enzimas, electrolitos y creatinina fueron dentro de límites normales. Siete meses antes había ingresado a urgencias por colelitiasis aguda. El ultrasonido fue reportado como colelitiasis sin dilatación de la vía biliar intra/extrahepática. Las radiografías simples de abdomen no mostraron hallazgos relevantes. Recibió tratamiento conservador y fue egresada. Se programó para cirugía laparoscópica. Durante el procedimiento se encontró plastrón subhepático con adherencias firmes, por lo que se efectuó cirugía abierta. La vesícula se encontró adherida al bulbo duodenal y un cálculo impactado en el duodeno. Debido a la inflamación regional, el cirujano decidió efectuar un Bilroth I; no hubo complicaciones.

DISCUSION: EL Síndrome de Bouveret rara vez es informada en la literatura médica. En 2006, Cappell y Davis identificaron 128 casos de Síndrome de Bouveret de la literatura mundial. El promedio de edad fue 74+-11 años,

predominio en mujeres; náusea y vómito se presentaron en el 87%, dolor abdominal en el 71% y pérdida de peso en el 14%. En nuestro país solo se encontraron 4 casos aislados reportados entre 2004-2014. El promedio de edad fue de 68.7 años, rango 52 a 83. En tres de los casos el diagnóstico fue hecho por endoscopia y serie esofagogastroduodenal, sin embargo, terminaron en cirugía abierta. El cuarto caso, la sola cirugía laparoscópica fue exitosa.

CONCLUSIONES: Las manifestaciones clínicas del Síndrome de Bouveret son inespecíficas. El diagnóstico preoperatorio es un desafío para el clínico por la rareza del padecimiento. El tratamiento debe individualizarse.

Palabras clave: Síndrome de Bouveret, fístula colecistoduodenal, íleo biliar

Introducción

El síndrome de Bouveret (SB) es una rara variante de íleo biliar, causado por el paso e impactación de un cálculo en el píloro o duodeno, después de pasar a través de una fístula colecistoduodenal, resultando en obstrucción a la salida gástrica. Seis factores de riesgo intervienen en la formación del SB: 1) la historia de colelitiasis; 2) los episodios repetidos de colecistitis; 3) el sexo femenino; 4) edad mayor de 60 años; 5) comorbilidad, y 6) cálculos biliares mayores de 2.5 cm de diámetro.¹

De acuerdo con la literatura médica, hubo descripciones previas de lo que hoy conocemos como SB. En 1896, el médico francés Léon Bouveret informó los casos de dos pacientes con estenosis del píloro adherido a la vesícula. Este síndrome ocurre en el 1-3 % de los casos de íleo biliar.¹ Nosotros presentamos el caso de una mujer joven quien acudió a este hospital con cólico biliar, sin datos de irritación peritoneal o de dilatación gástrica. Se realizó colecistectomía laparoscópica, pero la presencia de plastrón subhepático obligó a exploración abierta.

Antecedentes

La litiasis biliar es la patología más común de la vía biliar, su prevalencia varía por regiones, siendo un 10-20% en países europeos y hasta 35% en países latinoamericanos, esta prevalencia aumenta con la edad, siendo mayor entre los 60 y 80 años. La mayoría de los casos cursan asintomáticos, aproximadamente el 30% presenta síntomas, principalmente cólico biliar. Las complicaciones más frecuentes suelen ser colecistitis aguda, pancreatitis aguda y colangitis ascendente, y en menor frecuencia síndrome de Mirizzi, fístula bilioentérica e íleo biliar.

El íleo biliar es la complicación menos frecuente, responsable solamente del 1-4% de los casos de íleo. Sólo 1-3% de los casos de íleo biliar corresponden al síndrome de Bouveret. Similar a la litiasis biliar, el SB se ha observado con mayor frecuencia en adultos mayores. El SB se asocia a una tasa de complicaciones del 60% y mortalidad del 12-30%, debido a la edad de presentación y comorbilidades que acompañan a estos pacientes.

El cuadro clínico suele ser inespecífico, el paciente suele acudir a consulta en 5 a 7 días de iniciado el cuadro. El antecedente de cólico biliar o colecistitis aguda suele estar presente en el 43-68% de los pacientes. Náusea, vómito y dolor abdominal epigástrico o en hipocondrio derecho son los síntomas más comunes, aunque la intensidad no correlaciona con las alteraciones anatómicas de esta patología. Puede presentarse fiebre, signos de deshidratación y pérdida de peso. La sepsis es poco frecuente, y menos frecuente es la hematemesis por erosión de las arterias duodenal o celiaca. En algunos casos se ha reportado la expulsión de un cálculo durante el vómito.

Los estudios de laboratorio pueden mostrar leucocitosis, alteraciones hidroelectrolíticas y ácido base, las alteraciones de la función hepática y elevación de amilasa no son comunes. La presencia de ictericia con patrón obstructivo, elevación de ALP y GGT dependen del sitio anatómico y grado de obstrucción.

La radiografía simple de abdomen es de poca utilidad diagnóstica, en 10-50% de los casos puede observarse la triada de Rigler caracterizada por signos de obstrucción intestinal, pneumobilia y uno o varios cálculos ectópicos. La SEGD puede ser de utilidad para identificar las estructuras afectadas en los pacientes que toleren la vía oral. El US abdominal puede mostrar pneumobilia y distensión gástrica, aunque frecuentemente puede confundir más que beneficiar el ejercicio diagnóstico. La mejor técnica de imagen para identificar la triada de Rigler es la TC abdominal en el 75% de los casos, la adición de contraste oral mejora su sensibilidad.

El tratamiento de los pacientes con SB continúa siendo controversial. El objetivo principal es liberar la obstrucción al remover el cálculo, lo cual puede lograrse mediante técnicas endoscópicas o quirúrgicas. La tendencia actual es utilizar un método menos invasivo debido a la edad de los pacientes y las condiciones en las que se encuentre.

Objetivo

Presentar un caso de Síndrome de Bouveret, una rara variante de íleo biliar.

Justificación

Existen cerca de 300 casos reportados a nivel mundial de Síndrome de Bouveret, en nuestro país solo se encontraron cuatro casos previos. Como se ha descrito, es una patología poco frecuente, con un cuadro clínico inespecífico, para la cual los estudios de laboratorio e imagen suelen ser de poca utilidad diagnóstica, sin embargo, con una alta tasa de complicaciones y mortalidad. Las estrategias terapéuticas continúan siendo controversiales. Consideramos importante contribuir a la literatura médica con un caso cuya evolución fue satisfactoria.

Descripción del Caso Clínico

IGNR, femenino, 48 años, con salpingoclasia hace 18 años y alergia a ketorolaco, alcohólica y usuaria de metanfetaminas, resto de antecedentes negados.

Acude a urgencias en septiembre de 2013 por dolor abdominal intermitente de 3 meses de evolución, náusea, vómitos y pérdida de peso. El examen reveló dolor abdominal difuso sin datos de irritación peritoneal. Los resultados de laboratorio, que incluyeron: enzimas, amilasa, creatinina sérica y electrolitos, fueron normales. El US abdominal fue reportado como cálculo vesicular sin dilatación de vías biliares (Ilustración 1). Las radiografías simples de abdomen no fueron de utilidad diagnóstica. Recibió líquidos intravenosos y antiespasmódicos y fue egresada por alta voluntaria. Acudió a la consulta de cirugía en marzo de 2014 y se programó para colecistectomía laparoscópica electiva.

Fecha de ingreso: 21 de marzo de 2014

Diagnóstico de ingreso: Colecistitis crónica

Cirugía programada: Colecistectomía laparoscópica

Hallazgos transoperatorios: En el abordaje laparoscópico se encontraron múltiples adherencias por lo que se decide cambio de técnica quirúrgica. En el abordaje

abierto se encontró plastrón formado por vesícula escleroatrófica, epiplón y duodeno con adherencias firmes con vía biliar normal por colangiografía. Se realizó incisión de 6cm desde la primera porción del duodeno hasta estómago, encontrándose un cálculo de 2.5 cm de diámetro. Por riesgo de fistulización se resecó antro, píloro y 2-3 cm de la primera porción de duodeno y anastomosis gastroduodenal tipo Billroth I.

Diagnóstico postoperatorio: Colecistitis escleroatrófica mas íleo biliar en píloro.

Cirugía realizada: Colectomía, colangiografía transcística, gastrectomía subtotal con anastomosis tipo Billroth I y drenaje tipo Penrose

La evolución postoperatoria se consideró adecuada, con herida quirúrgica limpia sin signos de infección y drenaje con escaso líquido serohemático. Permaneció en ayuno con soluciones parenterales durante cinco días, reinició peristalsis y canalizó gases en las primeras 24 horas del postoperatorio, la primera evacuación se presentó a las 24 horas de reiniciada la vía oral. Se decide su egreso por mejoría.

Aspectos éticos y de confidencialidad

La paciente consintió el uso de su información clínica para la presentación de este caso. Se ha protegido información que pudiera identificarla para asegurar su confidencialidad.

Discusión del caso

El SB rara vez se documenta en la literatura médica. En 2006, Cappell y Davis² identificaron 128 casos de SB de la literatura mundial. El promedio de edad fue 74 ± 11 años, predominio en mujeres; náusea y vómito se presentaron en el 87 %, dolor abdominal en el 71 % y pérdida de peso en el 14 %. En nuestro país solo se encontraron 4 casos aislados que fueron reportados entre 2004 a 2014.³⁻⁶ El promedio de edad fue de 68.7 años, rango 52 a 83. En tres de los casos, el diagnóstico fue hecho por endoscopia y serie EGD, sin embargo, terminaron en cirugía abierta. En el cuarto caso, la sola cirugía laparoscópica fue exitosa.

Noriega-Maldonado *et al.*⁷ revisaron los casos de colecistectomía y obstrucción intestinal en un periodo de tres años. Los autores encontraron 1054 casos de colecistectomía, y 189 casos de obstrucción intestinal en varios grupos de edad; de estos, siete (3.7 %) tuvieron obstrucción intestinal. En el yeyuno, dos casos; en el íleon, cuatro casos, y en el duodeno, un caso. En los siete casos, el diagnóstico se hizo en el preoperatorio (en cinco casos con base en los hallazgos de la radiografía simple de abdomen).

Nuestra paciente es una mujer joven, con historia de colecistitis crónica litiásica, alcoholismo y uso de drogas, sin datos de obstrucción completa a la salida.

Conclusiones

Las manifestaciones clínicas del síndrome de Bouveret son inespecíficas. El diagnóstico preoperatorio es un desafío para el clínico por la rareza del padecimiento. El tratamiento debe individualizarse.

Bibliografía

1. Doycheva I, Limaye A, Suman A, Forsmark CE. Bouveret's síndrome: case report and review of the literature. *Gastroenterol Res Prac* 2009;2009:1-4
2. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2139-46.
3. Lopez-Martinez JA, Delgado-Carlo MM, Palacio-Vélez F, Arenas-Espino G, Granjo-Posada E, Senado-Lara I et al. Síndrome de Bouveret. Reporte de un caso. *CirCiruj* 2004;72:317-22.
4. Baez-García JJ, Martínez-Hernández-MP, Iriarte-Gallego G. Síndrome de Bouveret: reporte de un caso. *Rev Gastro enterolMex* 2009;74:118-121.
5. Sotelo-Estévez JC, Herrera Millón H, Santos Manzur A. Síndrome de Bouveret: manejo laparoscópico. *AnMed (Mex)* 2013;58:276-80.
6. Benitez-TressFaez MP, Cerecedo-Rodríguez J, Alanís-Monroy E, Figueroa-Barojas P, Granados-Canseco E, Hernández-Trejo A et al. Obstrucción de la

salida gástrica secundario a fi stula colecistoduodenal (síndrome de Bouveret): reporte de un caso. Endoscopia 2014;26: 56-58.

7. Noriega-Maldonado O, Bernal-Mendoza LM, Rivera-Nava JC, Guevara-Torres L. Ileo biliar. CirCiruj 2005;73: 443-448.
8. Mavroeidis VK, Matthioudakis DI, Economou NK, Karanikas ID. Bouveret syndrome-The rarest variant of gallstone ileus: A case report and literature review. Case Reports Surg 2013;2013:1-6.
9. Gajendran M, Muniraj T, Gelrud A. A challenging case of gastric outlet obstruction (Bouveret's syndrome). J Med Case Reports 2011;5:1-4.
10. Rodríguez-Hermosa JI, Roig J, Girones J, Codina-Cazador A, Hombrados M. Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos. CirEsp 2004;76:256-60.

Anexos

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 US de Hígado y Vías Biliares

Ilustración 2 Pieza quirúrgica

Ilustración 3 Reporte de histopatología

Artículo Publicado

[7]

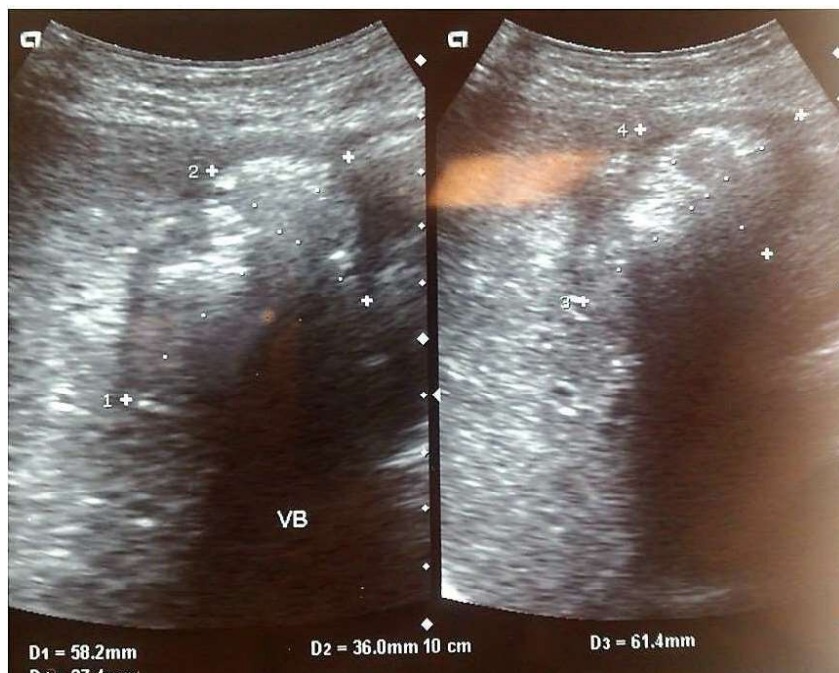


Ilustración 1 - Se observa hacia topografía vesicular un eco intenso, el cual condiciona sombra posterior; se mide esta formación piriforme, siendo de 61.4 mm x 36 mm. Además, observamos ecos suaves que no producen sombra en relación a lodo biliar.

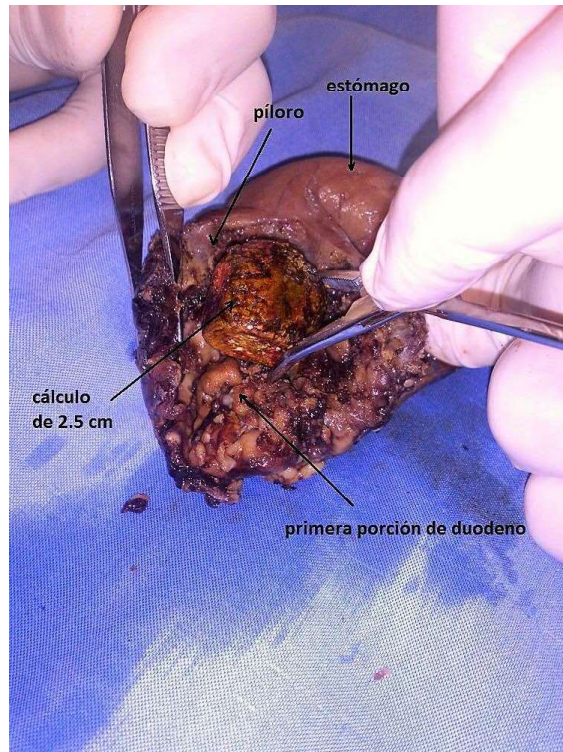


Ilustración 2 - Se llevó a cabo una incisión de 6 cm que abarcó la primera porción del duodeno y píloro, así como 2 cm de estómago, observando un cálculo de 2.5 cm, el cual fue extraído.



Aportaciones
originales

Endocarditis infecciosa. Experiencia de 5 años en un tercer nivel de referencia en Yucatán México
Angel Emmanuel Vega-Sánchez *et al.*



Dieta estándar y polimérica frente a estándar en el estado nutricional del paciente geriátrico con fragilidad
Miguel Ángel Pedraza-Zárate *et al.*



Revisión

La obesidad en la edad pediátrica y su relación con enfermedad renal crónica
Miguel Ángel Villasis-Keever *et al.*



Casos
clínicos

Meningitis bacteriana, manifestación de un paciente con mieloma múltiple: reporte de un caso
Sergio Gálvez-Acosta *et al.*



Opinión

Zika, ¿virus neurotrópico?
Luis del Carpio-Orantes *et al.*



En este número In this issue

Editorial

412

¿Dónde trabajan los internistas?
Where internists work?

Manuel Ramiro H. Salvador Casares-Queralt,
Ángel Arévalo Vargas, Irma Elizabeth Juárez,
Octavio Neel Pons Álvarez, Alejandro
Castañeda del Toro

Aportaciones originales

Original contributions

414

Valor umbral del índice f/Vt para predecir retro exitoso de la ventilación mecánica en fumadores activos
Threshold value of f/Vt index for predicting successful weaning from mechanical ventilation in active smokers

Rommel Jesús Rivas-Salazar, José Ángel Baltazar-Torres, Perla Cristina Arvizu-Techiquín, Israel Moreno-López, Sergio Zamora-Varela, Abraham Antonio Cano-Oviedo, Alejandro Esquivel-Chávez, Luis Alejandro Sánchez-Hurtado



Las imágenes

En portada: Amputaciones
Por: Mylene Araiza Márquez
En artículo destacado: Diabetes mellitus
Por: Mylene Araiza Márquez



421

Lumbalgia crónica y factores de riesgo asociados en derechohabientes del IMSS: Estudio de casos y controles

Chronic low back pain and associated risk factors, in patients with social security medical attention: A case-control study

Jaime Jesús Durán-Nah
Carlos René Benítez-Rodríguez
Emilio de Jesús Miam-Viana

429

Prevalencia de depresión entre pacientes con enfermedad terminal en hemodialisis de mantenimiento
Depression prevalence among end stage renal disease patients in maintenance hemodialysis

Efrén Murillo-Zamora,
Aida Anahí Macías-de la Torre,
Martha Alicia Higuera-Almaraz

434

Endocarditis infecciosa. Experiencia de 5 años en un tercer nivel de referencia en Yucatán México
Infective endocarditis: 5-years experience in a third-level reference center in Yucatán, Mexico

Ángel Emmanuel Vega-Sánchez, Miguel Santalucía-Tomas, Diana Isabel Pérez-Román, Arturo Cortés-Telles

458

Tratamiento de eritrasma interdigital de pies con aceite de oliva ozonificado
Treatment of interdigital foot Erythrasma with ozonated olive oil

Lourdes Ramírez-Hobak, Gabriela Morenó-Coutifro, Roberto Arenas-Guzmán, Alicia Gorzelowski, Ramón Fernández-Martínez

462

Resistencia a los antimicrobianos de infecciones nosocomiales
Antibiotic resistance by nosocomial infections' causal agents

Héctor Daniel Salazar-Holguín, María Elena Cisneros-Robledo

472

Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes
Lower extremity amputation rates in diabetic patients

Nelly Cisneros-González, Iván de Jesús Ascencio-Montiel, Vita Norma Liberos-Bango, Héctor Rodríguez-Vázquez, Ángel Campos-Hernández, Javier Dávila-Torres, Jesús Kumate-Rodríguez, Víctor Hugo Borja-Aburto

480

Retrolimentación biológica para pacientes con esguince cervical agudo
Biofeedback treatment for Acute Whiplash Patients

C. Lizette Gálvez-Hernández, Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, Yolanda del Río-Portilla

504

Aislamientos genéticos y costumbres endogámicas en tres municipios rurales de Honduras
Genetic isolates and inbreeding customs in three rural municipalities from Honduras

Edwin Francisco Herrera-Paz

Artículos de revisión

Review articles

514

La obesidad en la edad pediátrica y su relación con enfermedad renal crónica
Obesity in children and its relationship with chronic kidney disease

Jessie Nallely Zurita-Cruz, Miguel Ángel Villalón-Keever

521

Receptor de estrógenos alfa en obesidad y diabetes
Estrogen receptor alpha in obesity and diabetes

José Ángel Cahue-Pablo, Eugenia Flores-Alfaro, Miguel Cruz

Aportaciones originales

490

Evolución de la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en población derechohabiente del IMSS
Evolution of the Type 2 Diabetes Mellitus epidemic in insured population at the IMSS

María Eugenia Vélasco-Contreras

Casos clínicos

Clinical cases

531

Meningitis bacteriana, manifestación de una paciente con mieloma múltiple: reporte de un caso
Bacterial meningitis as first manifestation of a patient with multiple myeloma. A case report

Sergio Gálvez-Acosta,
Cesar Enrique Gamica-Camacho

536

Síndrome de Bouveret: una rara variante de fleo biliar
Bouveret's syndrome. A rare presentation of gallstone ileus

Luis Franco Avilés, Hector Tonalli Arce-Gurdi, Ulises Mercado

Artículos de opinión

Opinion articles

540

Zika, ¿virus neurotrópico?
Zika, a neurotropic virus?

Luis del Carpio-Orientes

544

Instrucciones para autores
Instructions for authors

Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar

Luis Franco Avilés,^a Hector Tonalli Arce-Guridi,^a Ulises Mercado^a

Bouveret's syndrome: A rare presentation of gallstone ileus

Background: Bouveret's syndrome is defined as gastric outlet obstruction caused by duodenal impaction of a gallstone which passes into the duodenal bulb through a cholecystoduodenal fistula.

We reported the case of a 46-year-old woman who presented intermittent epigastric pain, nausea, vomiting, and weight loss of 2-months duration. The patient admitted alcohol and methamphetamine abuse. She had not fever, dehydration or jaundice. Amylase, electrolytes, enzymes, and creatinine level were within normal limits. Seven months previously she was seen in the emergency department for acute cholecystitis. In that occasion, an abdominal ultrasound was reported with cholelithiasis without dilatation of the intra/extra-hepatic bile duct. Abdominal plain radiographs showed no relevant findings. A laparoscopic surgery was performed. During the procedure a sub-hepatic plastron with firm adhesions was found. The gallbladder was found attached to the duodenal bulb and an impacted calculus in the duodenum. The procedure was converted to surgery. Surgeon decided to perform a Bilroth 1 as the best choice. Seven days later, she was discharged.

Conclusion: The clinical manifestations of the Bouveret's syndrome are nonspecific. Preoperative diagnosis is a challenge for clinicians because of the rarity of this condition. Treatment must be individualized.

Keywords	Palabras clave
Gallbladder	Vesícula biliar
Gallstones	Cálculos biliares
Bile duct diseases	Enfermedades de los conductos biliares

El síndrome de Bouveret (SB) es una rara variante de íleo biliar, causado por el paso e impactación de un cálculo en el píloro o duodeno, después de pasar a través de una fístula colecistoduodenal, resultando en obstrucción a la salida gástrica. Seis factores de riesgo intervienen en la formación del SB: 1) la historia de coledocistitis; 2) los episodios repetidos de colecistitis; 3) el sexo femenino; 4) edad mayor de 60 años; 5) comorbilidad, y 6) cálculos biliares mayores de 2.5 cm de diámetro.¹

De acuerdo con la literatura médica, hubo descripciones previas de lo que hoy conocemos como SB. En 1896, el médico francés Léon Bouveret informó los casos de dos pacientes con estenosis del píloro adherido a la vesícula. Este síndrome ocurre en el 1-3 % de los casos de íleo biliar.¹ Nosotros presentamos el caso de una mujer joven quien acudió a este hospital con cólico biliar, sin datos de irritación peritoneal o de dilatación gástrica. Se realizó colecistectomía laparoscópica, pero la presencia de plastrón subhepático obligó a exploración abierta.

Presentación del caso

Mujer de 46 años de edad que se presentó a Urgencias en septiembre de 2013 por dolor abdominal intermitente, de 3 meses de duración, así como náuseas, vómitos y pérdida de peso. Era alcohólica y abusaba de metanfetaminas. El examen reveló dolor abdominal difuso sin datos de irritación peritoneal. Los resultados de laboratorio, que incluyeron: enzimas, amilasa, creatinina sérica y electrolitos, fueron normales. El US abdominal fue reportado como cálculo vesicular sin dilatación de vías biliares (figura 1). Las radiografías simples de abdomen no fueron de utilidad diagnóstica. Recibió líquidos intravenosos y antiespasmódicos y fue egresada por alta voluntaria. Acudió a la consulta externa en marzo de 2014 por cólico biliar con el antecedente de ingerir alimentos colecistoquinéticos. Se programó para cirugía laparoscópica electiva. Durante la cirugía se encontraron múltiples adherencias, dificultando el procedimiento, por lo que se decidió cirugía abierta. Se encontró un plastrón formado por una

^aHospital General de Mexicali, ISESALUD

^aFacultad de Medicina, Universidad Autónoma de Baja California Campus Mexicali

Mexicali, Baja California, México

Comunicación con: Ulises Mercado

Correo electrónico: dr_omr_2012@yahoo.com

Recibido: 05/02/2015

Aceptado: 25/03/2015

Introducción: el síndrome de Bouveret se caracteriza por una obstrucción de la salida gástrica, causado por un cálculo en el bulbo duodenal, después de pasar a través de una fistula colecistoduodenal.

Reportamos el caso clínico de una mujer de 46 años de edad, quien se presentó con dolor epigástrico intermitente, náusea, vómito y pérdida de peso de 2 meses de duración. No tenía fiebre, deshidratación o ictericia. La paciente admitió uso de alcohol y abuso de metanfetamina. La amilasa, enzimas, electrolitos y creatinina estuvieron dentro de los límites normales. Siete meses antes había ingresado a Urgencias por colecistitis aguda. El ultrasonido fue reportado como colelitiasis sin dilatación de la vía biliar intra/extrahepática. Las radio-

grafías simples de abdomen no mostraron hallazgos relevantes. Recibió tratamiento conservador y fue egresada. Se programó para cirugía laparoscópica. Durante el procedimiento se encontró un plastrón subhepático con adherencias firmes, por lo que se efectuó cirugía abierta. La vesícula se encontró adherida al bulbo duodenal y un cálculo impactado en el duodeno. Se removió el cálculo por enterotomía. Había leve distensión gástrica. Debido a la inflamación regional, el cirujano decidió efectuar Bilroth 1; no hubo complicaciones.

Conclusiones: las manifestaciones clínicas del síndrome de Bouveret son inespecíficas. El diagnóstico preoperatorio es un desafío para el clínico por la rareza del padecimiento. El tratamiento debe individualizarse.

Resumen

vesícula escleroatrófica, epiplón y duodeno con adherencias firmes. Al reconocer el cístico se realizó una colangiografía, encontrando una vía biliar normal. Había leve distensión gástrica. Se practicó una incisión de 6 cm que abarcó la primera porción del duodeno y píloro, así como 2 cm de estómago, observando un cálculo de 2.5 cm, el cual fue extraído (figura 2). Debido al gran proceso inflamatorio, se valoró el riesgo de fistulización por la sutura, por lo que se decide resección de antro, píloro y 2-3 cm de la primera porción de duodeno con una anastomosis tipo Bilroth 1. La paciente fue egresada en buenas condiciones.

Discusión

El SB rara vez se documenta en la literatura médica. En 2006, Cappell y Davis² identificaron 128 casos de SB de la literatura mundial. El promedio de edad fue 74 ± 11 años, predominio en mujeres; náusea y vómito se presentaron en el 87 %, dolor abdominal

en el 71 % y pérdida de peso en el 14 %. En nuestro país solo se encontraron 4 casos aislados que fueron reportados entre 2004 a 2014.³⁻⁶ El promedio de edad fue de 68.7 años, rango 52 a 83. En tres de los casos, el diagnóstico fue hecho por endoscopia y serie EGD, sin embargo, terminaron en cirugía abierta. En el cuarto caso, la sola cirugía laparoscópica fue exitosa.

Noriega-Maldonado *et al.*⁷ revisaron los casos de colecistectomía y obstrucción intestinal en un periodo de tres años. Los autores encontraron 1054 casos de colecistectomía, y 189 casos de obstrucción intestinal en varios grupos de edad; de estos, siete (3.7 %) tuvieron obstrucción intestinal. En el yeyuno, dos casos; en el íleon, cuatro casos, y en el duodeno, un caso. En los siete casos, el diagnóstico se hizo en el preoperatorio (en cinco casos con base en los hallazgos de la radiografía simple de abdomen).

Nuestra paciente es una mujer joven, con historia de colecistitis crónica litiasica, alcoholismo y uso de drogas, sin datos de obstrucción completa a la salida

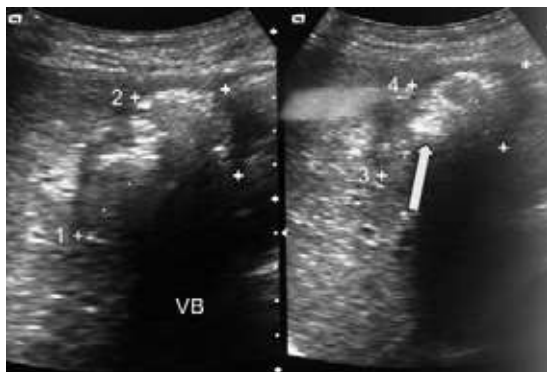


Figura 1 Se observa hacia topografía vesicular un eco intenso, el cual condiciona sombra posterior; se mide esta formación piriforme, siendo de 61.4 mm x 36 mm. Además, observamos ecos suaves que no producen sombra en relación a lodo biliar



Figura 2 Se llevó a cabo una incisión de 6 cm que abarcó la primera porción del duodeno y píloro, así como 2 cm de estómago, observando un cálculo de 2.5 cm, el cual fue extraído

gástrica, dilatación gástrica o deshidratación, y con un cuadro clínico de varias semanas. Las radiografías simples de abdomen no fueron de ayuda. El reporte radiológico fue de cálculo en la vesícula, cuando en realidad estaba en el duodeno; por lo tanto, no se pudo establecer el diagnóstico preoperatorio de SB. Sin embargo, la triada clásica de Rigler (neumobilia, lito ectópico calcificado y obstrucción intestinal pequeña) está presente en solo 30 a 50 % de los casos.^{8,9}

Existen varias alternativas en el manejo del SB, pero son controversiales. La mayoría de los repor-

tes son aislados con un máximo de cinco casos,¹⁰ y no pueden hacerse conclusiones. El tratamiento debe individualizarse, en ancianos las alternativas son aquellas menos invasivas.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Doycheva I, Limaye A, Suman A, Forsmark CE. Bouveret's syndrome: case report and review of the literature. *Gastroenterol Res Prac* 2009;2009:1-4.
2. Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2139-46.
3. Lopez-Martinez JA, Delgado-Carlo MM, Palacio-Vélez F, Arenas-Espino G, Granjo-Posada E, Senado-Lara I et al. Síndrome de Bouveret. Reporte de un caso. *CirCiruj* 2004;72:317-22.
4. Baez-García JJ, Martínez-Hernández-MP, Iriarte-Gallego G. Síndrome de Bouveret: reporte de un caso. *Rev Gastro enterol Mex* 2009;74:118-121.
5. Sotelo-Estévez JC, Herrera Millón H, Santos Manzur A. Síndrome de Bouveret: manejo laparoscópico. *AnMed (Mex)* 2013;58:276-80.
6. Benitez-TressFaez MP, Cerecedo-Rodríguez J, Alanís-Monroy E, Figueroa-Barojas P, Granados-Canseco E, Hernández-Trejo A et al. Obstrucción de la salida gástrica secundario a fistula colecistoduodenal (síndrome de Bouveret): reporte de un caso. *Endoscopia* 2014;26: 56-58.
7. Noriega-Maldonado O, Bernal-Mendoza LM, Rivera-Nava JC, Guevara-Torres L. Ileo biliar. *CirCiruj* 2005;73: 443-448.
8. Mavroeidis VK, Matthioudakis DI, Economou NK, Karanikas ID. Bouveret syndrome-The rarest variant of gallstone ileus: A case report and literature review. *Case Reports Surg* 2013;2013:1-6.
9. Gajendran M, Muniraj T, Gelrud A. A challenging case of gastric outlet obstruction (Bouveret's syndrome). *J Med Case Reports* 2011;5:1-4.
10. Rodríguez-Hermosa JI, Roig J, Girones J, Codina-Cazador A, Hombrados M. Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos. *CirEsp* 2004;76:256-60.